



# Fiche sanitaire & administrative

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour préparer au mieux l'accueil de votre enfant. Comme l'exige la législation en vigueur, elle sera détruite le 31 décembre 2021.

## Identité de l'enfant

Nom			
Prénom			
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Date de naissance			
Adresse postale	N°, voie, lieu dit :		
	Code postal :		
	Commune :		
Établissement scolaire			
Niveau de ski			
Taille/Poids/Pointure			

## Responsables légaux de l'enfant (A prévenir en cas d'urgence)

Nom	Prénom	N° de téléphone	Adresse mail

## Problèmes de santé passés et actuels (Maladies, handicaps, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements)


### Prise de traitement médical quotidien

- OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- NON

### Informations complémentaires concernant l'enfant

Par exemple : troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, votre fille est-elle réglée ? etc.

--

### Allergies

Aliments, médicaments ? Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

Mon enfant est allergique à ...	Ce qui lui provoque...

### Vaccinations

Il est **obligatoire** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé **ou** de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet**.

Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)				Date du dernier rappel
<b>DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)</b>	Infanrix Hexa® Hexyon®	Pentavac®	Repevax®	Revaxis®	
Coqueluche			Boostrix®		
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		Engerix B® Genhevac®			

Maladie	Nom du vaccin	Nombre d'injections reçues
Méningocoque C	Neisvac® Meningitec®	
Pneumocoque	Prevenar®	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	Priorix®	
Tuberculose	BCG	

<b>Autre</b>	Hépatite A (Avaxim®, Vaqta®, Havrix®)	Typhoïde (Typhim®)	Fièvre jaune (Stamaril®)	Rage (Vaccin rabique)
<b>Date</b>				

**Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :**

*(A remplir par l'association)*

*Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.*

**Date :**

**Signature :**

Je soussigné.e, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date et Signature du responsable légal :**

**Pièces justificatives à joindre à ce document :**

- Attestation d'assurance civile ou extra-scolaire
- Copie du carnet de vaccinations
- Attestation de quotient familial et bons CAF
- Copie du jugement concernant le droit de garde en cas de divorce
- Copie de l'ordonnance en cas de traitement à administrer à l'enfant
- P.A.I. si votre enfant est concerné

## *Droit à l'image*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

demeurant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorise à titre gracieux l'association GUZU, dont le siège est situé à Saint Pons 04140 SEYNE, représenté par sa Présidente, Madame Isabelle Dalban, à photographier mon enfant dans le cadre des actions de l'association et à utiliser son image.

En conséquence de quoi, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et aux droits de la personnalité, j'autorise l'association à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies effectuées dans le cadre des actions de l'association.

**Avant la diffusion de l'image, une communication entre le responsable légal et l'association GUZU sera établie pour valider l'action.**

Les photographies pourront être exploitées et utilisées dans le cadre des actions d'information et de communication de l'association et dans le cadre de ses activités de valorisation des recherches, auprès des différents publics, directement, pour une durée de 10 ans, intégralement et par extraits.

L'association s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de ma personne.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature**